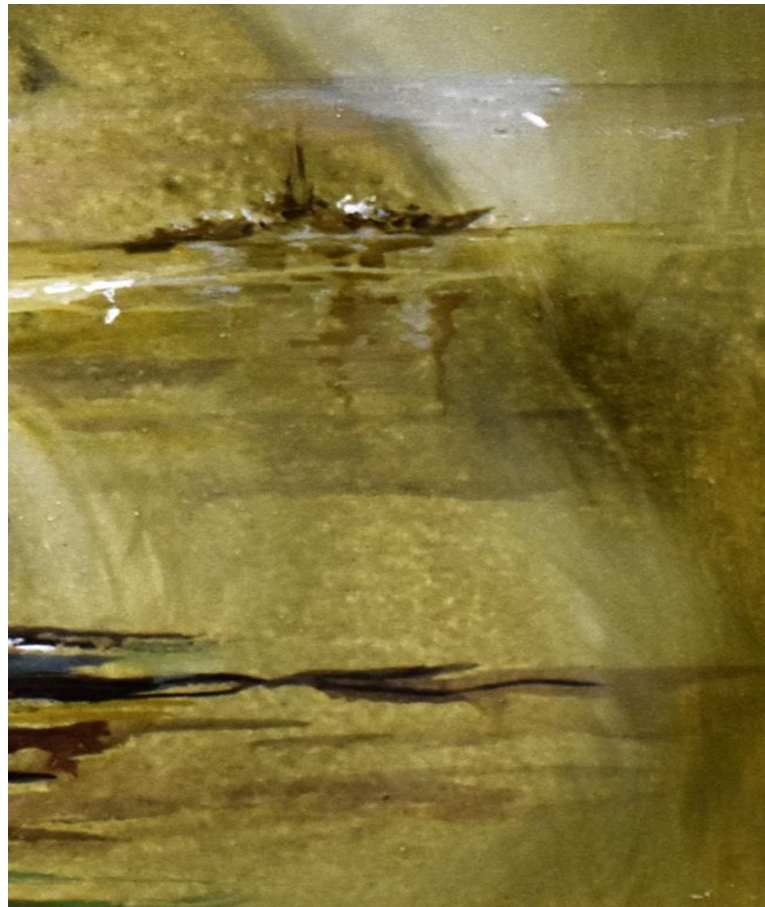


Art, Littérature et Philosophie : une relecture du Complexe



Numéro Spécial 1: Juillet 2018
Étude Réunie par
DJE Bi Tchan Guillaume
Université Félix Houphouët-Boigny

Comité scientifique

BOA Thiémélé L. Ramsès (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
COULIBALY Adama (PT) Université Félix Houphouët-Boigny
DIANDUE Parfait Bi-Kacou (PT) Université Félix Houphouët-Boigny
DIOP Papa Samba (Pr.), Université Paris-Est Créteil
GOUAFFO Albert (PT / HDR), Université de Dschang
HAREL Simon (Pr.), Université de Montréal
KONANDRI Virginie (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
KONÉ Amadou (Pr.), Georgetown University, Washington DC
KOUAKOU Jean-Marie (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
MADEBE Georice Bertin, (DR /HDR), IRSH / Gabon
MAMBENGA-YLAGOU Frédéric (MC / HDR), Université Omar Bongo
MANGEON Anthony (Pr.), Université de Strasbourg
MBONDOBARI Sylvère (MC), Université Omar Bongo
MOUKAGA Hugues (PT), Université Omar Bongo
OBIANG Ludovic (DR/HDR), IRSH Gabon
RENOMBO Steeve (MC), Université Omar Bongo
RENOUPREZ Martine (Pr.), Université de Cadix
ROPIVIA Marc-Louis (PT), Université Omar Bongo
SISSAO Alain (DR), CNRST Ouagadougou
TONDA Joseph (PT / HDR), Université Omar Bongo

Comité de lecture

Parfait Bi-Kacou DIANDUE (PT)
Babou DIENE (MC)
Jean-Marie KOUAKOU (PT)
Achille Fortuné MANFOUMBY MVE (MR)
Gyno-Noël MIKALA (MC)
Pierre-Claver MONGUI (MC)
Firmin MOUSSOUNDA IBOUANGA (MC)
Pierre NDEMBY MANFOUMBY (MC)
Jean-Jacques Rousseau TANDIA MOUAFU (MC)



ISSN 2520-9809

Titre clé : Revue gabonaise de littérature et sciences humaines

Titre clé abrégé : Rev. gabon. litt. sci. hum.

Comité de rédaction

BA Ousmane, Sociologie, UCAD

EKOGHA Thierry, Philosophie, UOB

LENDIRA Raoul, Espagnol, UOB

KOMBILA Mireille, Lettres Modernes, UOB

MAPANGOU Dacharly, Lettres Modernes, UOB

MATOUMBA Martial, Histoire et Archéologie, IRSH

MONGUI Pierre-Claver, Lettres Modernes, UOB

MOUSSOUNDA Féréole Clarpin, Histoire et Archéologie, UOB

MPAGA Christ-Olivier, Philosophie, UOB

NDEMBY Pierre, Lettres Modernes, UOB

NTSAME OKOUROU Frankline, Littératures Africaines, UOB

ZAME AVEZO'O Léa, Littératures Africaines, UOB

Université Omar Bongo

Département de Lettres Modernes

Centre d'Etudes et de Recherches Littéraires sur les Imaginaires et la Mémoire

Juillet 2018

SOMMAIRE

1. Bi Tchan Guillaume DJE

Performances annuelles, perception de compétence et performances au Baccalauréat des élèves de l'enseignement général secondaire (République de Côte d'Ivoire)

2. Valère NKELZOK KOMTSIND

Conduite des membres des comités thérapeutiques et qualité de la Prise En Charge (PEC) des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans la région de l'extrême nord au Cameroun

3. Sopie Hélène Félicité AHO

La femme africaine entre deux chaises : prisonnière de la toile tissée par la controverse sur la modernité

4. Banhouman KAMATE

La lumière dans la mise en scène des spectacles théâtraux de Sidiki Bakaba : les cas de *L'exil d'Albouri* (2003) et d'*Iles de tempête* (2007)

5. Adjo Sébastienne KOUAME, Apo Julie N'CHOT & Alain TOH

Résilience des jeunes filles dans un contexte socio-économique faible et grossesse en milieu scolaire ivoirien : cas du Lycée Moderne 1 d'Abobo (Abidjan)

6. Ossei KOUAKOU & Akeigba Sandrine GUEDE

Niveau d'instruction, statut socio-économique et itinéraire thérapeutique des patients du service de cancérologie de Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville-Abidjan.

7. Bi Tra Jamal SEHI & Bi Tizié Emmanuel GALA

Leadership féminin entre logique économique et gestion du temps libre en milieu urbain : cas des mouvements tontiniers des femmes Gouro à Abidjan (Côte d'Ivoire)

8. Apo Philomène SEKA

Réflexivité, réflexibilité et altérité dans *Le ventre de l'Atlantique* de Fatou Diome

9. Amani Augustin KOUADIO & Anthelme Gnakpa GALLE

Aménagement et contraintes à l'adhésion aux projets de développement en milieu rural ivoirien

10. Madeleine KABORE épouse KONKOBO

Politique et développement en Afrique : quelles stratégies pour un développement humain durable ?

11. Mahier Jules Michel BAH, Koffi Gnamien Jean-claude KOFFI & Bodou YAO

Politique de l'environnement et gestion des ordures ménagères dans le District d'Abidjan : cas des communes d'Adjamé et de Cocody

12. Tegnambla Prudence BROU

La figure dramatisée de Chaka : images et échos schémiques de l'imaginaire

CONDUITE DES MEMBRES DES COMITES THERAPEUTIQUES ET QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (PEC) DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) DANS LA REGION DE L'EXTRÊME NORD AU CAMEROUN

Valère NKELZOK KOMTSINDI

Département de psychologie

Laboratoire d'étude et recherche en Psychologie (LEREP) / FLSH

Université de Douala -Cameroun

Résumé : Le présent travail se propose d'étudier l'influence de la conduite des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la prise en charge des PVVIH dans la Région de l'Extrême Nord du Cameroun. De façon spécifique, il s'agit d'analyser l'influence du niveau intellectuel ou de connaissances des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la PEC des PVVIH; d'analyser l'influence de la pratique des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la PEC des PVVIH et d'examiner l'influence de l'attitude des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la PEC des PVVIH. Les données primaires ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et du guide d'entretien tandis que les données secondaires sont issues de la documentation. Par le biais d'un échantillon de 200 répondants obtenus par une méthode probabiliste stratifiée, nous avons éprouvé nos hypothèses de recherche. Le test de Khi deux de Pearson apparié au coefficient de contingence nous ont permis de conclure que la conduite des membres des comités thérapeutiques a une influence sur la qualité de la PEC des PVVIH.

Mots clés: connaissance, attitude, pratique, PVVIH.

Abstract: The general object of this study asserts that the conduct of the members of the therapeutic committee influence the treatment of persons living with HIV/AIDS in the far north region of Cameroon. Specifically, we shall analyze the influence of the intellectual level or the knowhow of the members of the therapeutic committee on the treatment of persons living with HIV/AIDS. In order to attain our objective, we made use of both primary and secondary data. Primary data was collected with the aid of questionnaires and an interview guide, meanwhile secondary data was gotten through exploiting documents. With help of 200 participants obtained by stratify probabilistic method, we approved our research hypothesis. Pearson Chi-square test pairing with contingency coefficient enabled us to conclude that, the bearing/conduct of therapeutic members committee influences the treatment of persons living with HIV/AIDS.

Key words: knowledge, attitude, practice, PLWA.

Introduction

Depuis l'apparition officielle du VIH/SIDA au Cameroun en 1985, le nombre de Personnes Vivantes avec le VIH (PVVIH) va sans cesse croissant. En effet, selon le rapport sur les estimations du Ministère de la santé au Cameroun (2017), la séroprévalence dans la tranche de la population de 15 à 49 ans se situait autour de 5,1% en 2010 avec 560 306 personnes infectées au niveau national contre 0,5% en 1987, tout âge compris. Les femmes et les jeunes âgés de 20 à 39 ans étaient les plus touchés (60%). Dans la Région de l'Extrême Nord, on estimait déjà à 47 240 PVVIH en 2016 contre 1573 en 1990 ; soit un taux de progression de 30,03%. Ces chiffres sont sous-estimés du fait des difficultés rencontrées dans le système de notification de cas. Devant l'impact négatif de cette pandémie sur le développement humain, social et économique et la menace sur l'avenir de la nation, les pouvoirs publics ont mis en place des plans d'urgence dès les années 90 et trois plans stratégiques nationaux dont le plus récent couvre la période 2016-2020. Selon ce plan, plusieurs axes stratégiques d'intervention ont été définis parmi lesquels le renforcement de l'accès universel aux soins et au traitement de qualité. Des Unités de Prise en Charge (UPEC) et des Centres de Traitement Agréés (CTA) ont été créés à cet effet. A l'heure actuelle, la Région compte huit Unités de Prise en Charge (UPEC) et deux Centres de Traitement Agréés (CTA) fonctionnels. Pour l'exécution de leurs activités, ces structures ont chacune un comité thérapeutique constitué d'un personnel médical et paramédical, des assistants psycho-sociaux, des PVVIH etc. Ces comités thérapeutiques siègent régulièrement en vue de la mise sous traitement et du suivi des patients. Les antirétroviraux (ARV) et médicaments de certaines infections opportunistes y sont dispensés gratuitement depuis mai 2007, le coût des examens biologiques y étant également réduit de manière considérable. L'objectif visé à travers ces mesures est d'améliorer la qualité de vie des PVVIH, grâce à un meilleur accès à la prise en charge médicale au niveau communautaire.

Nonobstant ces dispositions destinées à faciliter l'accès à la prise en charge, celle-ci est confrontée aujourd'hui à une faible rétention des patients mis sous traitement. En effet, on assiste à une augmentation importante des malades perdus de vue (PDV) dans la Région. Il s'agit en fait des patients qui sont habituellement suivis dans les UPEC et CTA mais qui disparaissent de la file active pendant plus d'un mois. Durant le premier semestre 2017, une moyenne de 984 PVVIH sous ARV sur 5826 (environ 19,5% de la file active) a été déclarée PDV (source GTR-EN). En outre, le contexte économique actuel est marqué par une forte mobilité des populations en quête d'un mieux-être. Sur le plan géopolitique, l'actualité, c'est aussi celle de la secte islamique «BOKO HARAM» qui est à l'origine de la migration forcée des populations nigérianes vers le Cameroun et le déplacement des populations camerounaises vers *l'interland*. Celles-ci fuyant le climat d'insécurité et les exactions multiples se sont installées dans des camps de réfugiés dans la Région de l'Extrême Nord, le long de la frontière Ouest avec la République Fédérale du Nigéria. Ces contextes économique et géopolitique ainsi décrits sont propices au brassage important des populations et au proxénétisme, facteurs favorisant la propagation des IST/VIH/SIDA. Perdre des patients de vue dans ces conditions est une situation

préoccupante, car ces derniers peuvent être malgré eux des vecteurs dans la survenue de nouvelles infections. Il s'impose une nécessité urgente non seulement de fidéliser la file active, mais aussi et surtout de sensibiliser, dépister et prendre en charge le maximum de patients potentiels dans le but de réduire la transmission, la vulnérabilité et le risque lié aux IST/VIH/SIDA dans la Région.

Face à cette faible rétention des patients sous traitement dont les conséquences sont multiples, il y a lieu de rechercher les voies et moyens pour trouver des solutions rapides et durables. La recherche de ces solutions passe nécessairement par la connaissance des origines du problème. Il paraît important de savoir s'il existe des facteurs qui entravent la qualité de la prise en charge médicale des PVVIH dans la Région. D'où le choix de notre sujet d'étude à travers lequel nous cherchons à surmonter les difficultés liées à la PEC des PVVIH par une analyse de la conduite des membres des comités thérapeutiques. A l'instar des études commandées et conduites par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont le canevas des études portant sur les endémies est basé sur la connaissance, les aptitudes et les pratiques (études CAP), nous avons bien voulu appliquer à la nôtre le même protocole. De façon générale, notre principale interrogation est la suivante : la conduite des membres des comités thérapeutiques influence-t-elle la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région de l'Extrême Nord Cameroun? Cette interrogation fait appel à d'autres questions qui sont: Le niveau intellectuel ou de connaissances des membres des comités thérapeutiques influence- il la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région de l'Extrême Nord Cameroun? De plus, l'attitude des membres des comités thérapeutiques a-t-elle une influence sur la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région de l'Extrême Nord Cameroun? Enfin, la pratique des membres des comités thérapeutiques influe-t-elle sur la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région de l'Extrême Nord Cameroun? L'hypothèse principale de cette recherche est la suivante : la conduite des membres des comités thérapeutiques a une influence sur la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région de l'Extrême Nord Cameroun. L'objectif principal est d'étudier l'influence de la conduite des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la prise en charge des PVVIH dans la Région de l'Extrême Nord. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser l'influence du niveau intellectuel ou de connaissances, de la pratique et de l'attitude des membres des comités thérapeutiques sur la qualité de la PEC des PVVIH. La plus-value scientifique, serait de contribuer à l'identification des obstacles à l'organisation de la PEC des PVVIH en vue de proposer des mesures correctrices.

Les axes théoriques qui sous-tendent cette recherche tournent autour de la connaissance, des attitudes et de la pratique. A ce sujet, Il s'agit des théories de l'apprentissage qui traitent de la connaissance des membres des comités thérapeutiques et celles de la motivation pour l'attitude. Les théories de changement de comportement ont servi de base pour la pratique des membres des comités thérapeutiques. Quelques théories sur la PEC des PVVIH permettraient d'expliquer la qualité de la PEC dans le contexte de cette étude. Les théories mobilisées dans le cadre des apprentissages sont transmissive, béhavioriste et socioconstructiviste.

Pour le modèle transmissif ou modèle de communication de C. Shannon et W. Weaver (1949) (transmission télégraphique), l'élève, pour apprendre, doit être attentif. Il doit écouter, suivre, imiter, répéter et appliquer. On parle aussi de la conception de la tête vide de l'apprenant. Ici, le savoir est transmis par l'enseignant qui le présente clairement et de façon structurée à l'apprenant. Toute erreur qui surviendrait, serait le résultat soit de l'élève qui n'est pas attentif, soit de l'enseignant qui a mal expliqué. L'intérêt de cette conception vient du fait qu'elle permet d'enseigner un grand nombre, de gagner en temps et d'avoir un message structuré par l'enseignant. Les critiques de ce modèle relèvent que même si tous les apprenants sont attentifs, ils ne décodent pas de la même façon le message de l'enseignant. Ils ont des acquis que l'enseignant ne prend pas en compte.

L'approche behavioriste de type skinnerien (1938) se fonde sur le principe selon lequel l'acquisition de la connaissance s'effectue par paliers successifs. Le passage d'un niveau de connaissance à un autre s'opère par un renforcement positif des réponses ou comportements attendus. En élaborant des paliers aussi petits que possibles, on accroît la fréquence des renforcements tout en réduisant au minimum la survenue des erreurs. Dans cette optique, les erreurs sont des manques et doivent être évitées ou corrigées alors que les réponses correctes doivent être valorisées. L'enseignant a pour rôle de concevoir des exercices progressifs, de guider les élèves dans leur réalisation et de leur communiquer les rétroactions nécessaires à l'étape prochaine. Pour B. F. Skinner, nous apprenons dans l'action, de l'expérience, par essais-erreurs et récompense. Cette théorie présente l'avantage d'explorer les conduites automatiques et d'étudier les individus privés de langage comme le nourrisson. Cependant, il est reproché à cette conception entre autres, le fait que les apprenants ne donnent pas du sens aux connaissances. Les apprenants ont des difficultés d'intégration des différents objectifs intermédiaires.

Quant au modèle constructiviste conduit par J. Piaget (1974), la connaissance ne se transmet pas verbalement, elle doit être nécessairement construite et reconstruite par celui qui apprend. Elle se construit grâce au processus d'équilibration des structures cognitives, en réponse aux sollicitations et aux contraintes de l'environnement. En d'autres termes, le sujet apprend en s'adaptant à un milieu. L'adaptation est la recherche d'un équilibre entre le sujet et le milieu. L'adaptation se fait par assimilation et accommodation. Selon lui, l'apprentissage est centré sur l'action. L'apprenant construit ses structures à partir de l'activité déployée sur l'environnement.

L'apport de ces théories est qu'elles tiennent compte du rapport de l'individu avec l'environnement. Par ailleurs, ces théories mettent en exergue l'importance de la formation initiale mais aussi de la formation continue. En effet, dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, les programmes de formation à la PEC des PVVIH ont véritablement démarré vers les années 2000 avec l'option de la décentralisation de cette PEC. Après la création des structures de PEC aux niveaux décentralisés, certains intervenants ont bénéficié d'une formation spécifique qui leur permet d'être à la hauteur des tâches confiées aux comités thérapeutiques des UPEC et CTA. Cependant, toutes ces connaissances reçues ont tendance à s'étioler lorsqu'il n'y a pas de renforcement ; c'est-à-

dire de nouvelles formations tenant compte des évolutions sur le plan thérapeutique et dans le counseling. Bien plus, l'histoire du VIH/SIDA n'est marquée par des progrès très remarquables dans le domaine de la recherche. La nécessité d'avoir une formation initiale sur le sujet et d'actualiser la connaissance eu égard à l'évolution de la science serait d'une grande importance. Cela passe par l'organisation des séminaires de renforcement des compétences ou alors par une mise à la portée des intervenants d'une documentation actualisée. Par ces moyens, le personnel devant s'occuper de la PEC des PVVIH pourra disposer de la connaissance nécessaire pour prendre en charge efficacement les patients. Cette actualisation de la connaissance pourrait même être un facteur de motivation.

En ce qui concerne les théories de la motivation, seuls les modèles de Déci et Ryan, et de Bandura seront développés. L'autodétermination selon E. Déci et R. Ryan (1985) prend en compte trois types de motivation distingués par le degré d'autorégulation à savoir : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Dans la motivation intrinsèque, l'individu s'engage à effectuer une activité pour le plaisir et la satisfaction que cette activité lui procure. Cette motivation est issue des besoins de l'individu de se sentir compétent et autodéterminé. Dans la motivation intrinsèque à l'accomplissement, l'individu prend plaisir de se sentir efficace et compétent. Ce type de motivation peut expliquer l'attitude de ceux qui trouvent du plaisir après avoir réussi une bonne PEC des patients. Ils prennent des dispositions nécessaires pour le respect des normes recommandées.

La motivation extrinsèque fait distinguer trois types de régulation à savoir : la régulation externe, la régulation introjectée et la régulation par identification. Dans la régulation externe, le stimulus de la motivation est externe à l'individu. Ce cas est souvent observé chez les personnes qui ont besoin d'une pression extérieure comme les menaces de sanction de la hiérarchie par exemple. Quant à la motivation introjectée, il y a intériorisation des sources de contrôle du comportement. L'individu travaille sous une pression externe intériorisée. Enfin lorsqu'un comportement prend de l'importance pour un individu, on aboutit à une régulation par identification. L'amotivation est l'absence de motivation. Elle conduit à une absence de régulation des comportements chez un individu. C'est une forme d'aliénation mentale. Au final, la théorie de l'autorégulation permet de comprendre que les différents intervenants dans la chaîne de PEC des PVVIH peuvent avoir des motivations intrinsèques ou extrinsèques qu'il faudrait valoriser ; toutefois, les dirigeants des structures de PEC gagneraient probablement en mettant un accent sur le contrôle de la qualité de travail effectué par les collaborateurs. Ce contrôle pourrait aboutir à des sanctions négatives en cas des écarts de comportement, mais aussi la reconnaissance du travail bien fait devrait être valorisée.

L'auto efficacité de Bandura est liée à la notion d'estime de soi c'est-à-dire la croyance de l'individu en sa capacité d'atteindre des buts qu'il s'est auparavant fixés. C'est pour cet individu la perception de ses compétences qui doit le motiver. Selon A. Bandura (1986), c'est l'individu qui croit en ses propres capacités. Le sentiment d'efficacité est à la base de la motivation d'un sujet. On peut dire alors que le sujet se fixe un but par rapport à «un standard». Les capacités actuelles de l'individu doivent être renforcées pour

atteindre un but fixé. Dans cette théorie de Bandura, la notion de «feed-back» qui veut dire retour de l'information est importante. Les individus ont besoin de savoir quelle performance ils ont atteinte. La connaissance des compétences acquises est vue comme un facteur de motivation. Ainsi, le comportement des membres des comités thérapeutiques dépend de la perception de la compétence que ceux-ci ont d'eux même. La prise de conscience de leurs capacités à travailler pourrait les motiver à bien traiter les patients mais à condition d'avoir des objectifs bien définis. A cet effet, on pourrait dire que les aidants ont changé de comportement.

Les théories du changement de comportement comportent la théorie de l'action raisonnée, développée par M. Fishbein et I. Ajzen (1975). Cette théorie affirme que le déterminant le plus important du comportement est l'intention. Pour changer son comportement, l'individu doit en avoir l'intention et les capacités personnelles. Dans la lutte contre le VIH/SIDA, ce modèle peut être utilisé par exemple dans la conduite du personnel de santé vis-à-vis des patients et dans le changement de comportement des personnes infectées par rapport au suivi de leur prise en charge. Dans ce cas, il faut expliquer aux individus la nécessité de changement et les convaincre à reconnaître les raisons pour lesquelles ils doivent adhérer à la prise en charge. Le modèle transthéorique des étapes du changement quant à lui a été conçu par J. Prochaska et C. DiClemente (1984). Ils suggèrent que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différentes étapes ordonnées de façon chronologique qui sont : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison. De plus, ils ont identifié à l'intérieur de ces étapes, neuf procédés de changement qui réfèrent aux différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier leur comportement. Ces procédés sont : l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental (ou contrôle des stimuli). Ces étapes du changement sont élucidées par la figure ci-dessous avec des facteurs facilitants et des moyens de communication correspondant à chaque étape.

Tableau 1: Facteurs facilitant le changement de comportement et les moyens de communications adaptés.

	Etapes	Exemples	Facteurs facilitant	Moyens de communication
1	Ignorance	Quelqu'un qui n'a jamais entendu parler du VIH	Communication efficace	Médias de masse
2	Connaissance (Entendre parler du problème)	J'ai entendu parler du VIH, ses modes de transmission et les moyens de protection.		
3	Préoccupation (se sentir concerné et rechercher les informations)	Je pense que je peux attraper le VIH car il est présent dans ma communauté.		Médias communautaires et traditionnels

4	Conviction	Je dois utiliser le condom pour me protéger contre le VIH	Facteurs environnementaux favorisant le changement : situation politique, socio-économique, genre, culture, etc.	
5	Motivation et décision	Ce soir je vais acheter le condom à la pharmacie		
6	Action- essai du nouveau comportement	Achat et utilisation du condom pour la première fois		
7	Reconfirmations- Adoption du nouveau comportement.	Le condom ne m'a causé aucun problème, pour moi il est le meilleur moyen de protection, je vais toujours l'utiliser.		
8	Maintien (Consolidation pour un changement durable).	Habitude d'utiliser le condom à chaque rapport sexuel	Services et produits disponibles et accessibles	Communication interpersonnelle (ou de groupe), pair éducation, etc.

Source: CNLS-Rwanda, 2006.

Pour tenter d'expliquer la qualité de la PEC des PVVIH dans la Région de l'Extrême Nord Cameroun, il paraît important de relever les théories en rapport avec cette PEC.

Parlant du modèle de prise en charge des PVVIH, S. Dekens (2000) pense qu'il existe deux approches complémentaires, à savoir la PEC médicale et la PEC psychologique. La PEC médicale est assurée par un personnel de santé formé en la matière. Selon cette approche, l'accent est mis sur le traitement médicamenteux et le suivi des patients sur la base d'un interrogatoire, d'un examen physique complet et des bilans paracliniques lors des visites des patients. En effet, un organisme infecté par le VIH s'affaiblit à cause de la baisse du système immunitaire sous l'effet du virus. Il s'en suit la survenue des infections opportunistes. Pour réduire la charge virale, l'administration des médicaments antirétroviraux est nécessaire. La prévention et le traitement des infections opportunistes sont tout aussi importants. Le traitement ainsi institué pourrait restaurer le système immunitaire et améliorer l'état physique du patient. Toutefois, ce traitement devrait être suivi rigoureusement afin d'éviter la survenue de résistance aux molécules utilisées. Le suivi des patients permet de résoudre les problèmes liés aux effets indésirables éventuels et de voir l'évolution clinique des patients. Pour Dekens, cette approche qui paraît être la plus utilisée a sa place mais semble incomplète. Il serait indispensable de l'associer à un traitement psychologique. En effet, l'annonce de la séropositivité à un individu est très souvent à l'origine d'un choc psychologique important. Ce choc n'est pas toujours bien géré par les patients qui pour la plupart pensent à une mort imminente, à la souffrance physique liée à la maladie, aux problèmes de stigmatisation et de discrimination. Ils ont alors besoin de soutien psychologique. Suivant le raisonnement de notre auteur, la PEC psychologique doit pouvoir les amener à se considérer comme des rescapés et non comme des victimes résignés qui n'attendent plus que la mort imminente. Pour y parvenir, plusieurs propositions ont été faites, notamment, le counseling, les groupes de parole, l'activisme politique et l'expertise des malades. A travers un entretien, le counseling permet à un technicien de faire émerger les ressources du patient pour lutter et lui faire prendre conscience de son potentiel. Les

groupes de parole permettent à des individus qui partagent les mêmes problèmes de se retrouver régulièrement en vue d'échanger des informations sur les difficultés et expériences, les conseils et l'aide. Enfin, pour Dekens (*op.cit.*), le volet relatif à l'activisme politique quant à lui, consiste pour les patients à afficher leur statut sérologique et à assumer publiquement leur sexualité. Cela permettrait de réduire l'exclusion liée à la maladie. A travers l'expertise des malades, l'auteur pense que les patients devraient avoir toutes les informations possibles sur la maladie et sur la PEC au même titre que le médecin. Ces informations lui permettraient de mieux comprendre sa maladie, d'expliquer clairement ses problèmes au médecin et d'arriver à un consensus sur sa PEC car lui seul connaît mieux son corps.

1. Méthodologie

L'objectif de ce travail est d'étudier les entraves à la qualité de la prise en charge des PVVIH dans la Région de l'Extrême Nord Cameroun. Plus exactement, il s'agit de faire une analyse de l'influence de la connaissance, de l'attitude et de la pratique des intervenants dans la prise en charge des PVVIH dans la Région. Pour pouvoir réaliser ce travail, un certain nombre d'hypothèses a été retenu L'hypothèse principale est formulée comme il suit :

- La conduite des membres des comités thérapeutiques influence la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de l'Extrême Nord Cameroun.

Les trois autres spécifiques sont les suivantes :

HR1: le niveau intellectuel ou de connaissances scientifiques des membres des comités thérapeutiques influence la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de l'Extrême - Nord Cameroun ;

HR2 : l'attitude des membres des comités thérapeutiques a une influence sur la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de l'Extrême - Nord Cameroun ;

HR3 : la pratique des membres des comités thérapeutiques influe sur la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de l'Extrême - Nord Cameroun.

La méthode utilisée dans le cadre de cette recherche est inductivo-hypothético-déductive. Il s'agit d'une étude exploratoire mixte de type combinatoire. Elle permet la combinaison stratégique des données qualitatives et quantitatives aux fins d'analyser les résultats. La collecte des informations sur le terrain dans la zone d'étude s'est faite à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Pour ce qui est de la constitution du questionnaire, les questions proprement dites sont posées en fonction des hypothèses de recherche et découlent directement des indicateurs et modalités du tableau synoptique des variables. Ce sont toutes des questions fermées auxquelles l'enquêté est appelé à répondre en cochant une case. Le guide d'entretien, composé des mêmes rubriques que le questionnaire, comporte des questions ouvertes qui laissent la latitude au répondant de donner son point de vue sur l'objet de l'enquête.

Avec une superficie d'environ 34 272 km² pour une population estimée à 3 580 422 habitants en 2011, la région de l'Extrême Nord Cameroun est citée parmi les plus pauvres et les moins scolarisées du pays, selon l'Enquête Camerounaise auprès des Ménages réalisée en 2001. Les résultats préliminaires de la quatrième enquête démographique et de santé réalisée dans la Région de l'Extrême-Nord et publiés en février 2012 donnent une séroprévalence de 1,2% dont 1,5% chez les femmes et 0,8% chez l'homme. De nouvelles infections continuent à être enregistrées. De nombreux facteurs influencent la propagation du VIH parmi lesquels : les coutumes et les mœurs (Polygamie, excisions, scarifications, mutilations génitales, sororat et lévirat...); le faible niveau d'instruction des populations; les mariages précoces; le faible niveau de sensibilisation des populations sur le VIH et les IST; la dépendance financière des femmes vis-à-vis des hommes; le faible taux d'acceptation du test de dépistage du VIH par les populations; la forte influence des époux sur leurs épouses; le faible niveau de communication en matière de PTME; la forte mobilité des populations surtout pour des activités économiques; le brassage important des populations et la promiscuité dans les camps des réfugiés aux frontières. La population accessible est celle qui est couverte par les activités du groupe technique régional de lutte contre le VIH/SIDA de l'Extrême Nord.

Pour la constitution de l'échantillon, la méthode probabiliste stratifiée a été utilisée. Pour les quatre premières strates, c'est-à-dire celle des médecins, des infirmiers, des assistants psychosociaux et les agents relais communautaires, une méthode aléatoire a été utilisée. A la cinquième strate, celle des PVVIH, la méthode utilisée a été celle de «boule de neige». Notons que c'est une méthode non probabiliste qui consiste à utiliser les personnes comme source d'identification d'unités additionnelles. L'échantillon est composé de quinze (15) médecins, vingt-cinq (25) infirmiers, vingt (20) assistants psychosociaux, soixante (60) agents relais communautaires et 80 patients; soit une taille de deux cents individus.

Les données collectées ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 17.0. L'analyse inférentielle a été possible grâce au test du Khi-deux de Pearson et l'échelle nominale a été mobilisée.

2. Résultats

Cette partie entreprend de présenter les résultats de l'enquête de terrain dont les outils de collectes des données ont été respectivement le questionnaire et le guide d'entretien adressés aux intervenants dans la chaîne de PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de la Région et avec certains patients suivis dans ces structures.

2.1. Le niveau de connaissances scientifiques des membres des comités thérapeutiques et qualité de la PEC des PVVIH.

Il découle du tableau du khi deux ci-dessous que la valeur du Khi-carré calculée est de 3,878 pour un ddl égal à 1. Selon G.N. Fisher (2015), le ddl de 1 correspond à un khi-carré lu de 3,41. Il ressort de la comparaison entre le Khi-carré calculé et le Khi-carré

lu que le Khi-carré calculé est supérieur au Khi-carré lu. Ce qui prouve le lien entre les deux variables.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)	Signification approximée
Khi-deux de Pearson	3,878 ^a	1	,349			
Correction pour la continuité	,625	1	,429			
Rapport de vraisemblance	,881	1	,348			
Test exact de Fisher				,382	,215	/
Association linéaire par linéaire	,874	1	,350			
Nombre d'observations valides	200					
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,066			/		,349

La formation des membres des comités thérapeutiques sur la PEC aurait une influence sur la qualité de la PEC. Le coefficient de contingence permet de mesurer le degré de dépendance du niveau de connaissance des intervenants du circuit de prise en charge sur la qualité de la PEC. Ce coefficient de contingence ici est très proche de 0, soit 0,066.

Par conséquent, le lien entre les deux indicateurs est très faible. Cela prouve que le niveau de connaissance n'a pas une forte influence sur l'amélioration de l'état général des patients. Dans le corps de la santé, la formation seule ne suffit pas. Une actualisation de la connaissance à travers la documentation par exemple est nécessaire. De ce fait, il y aura une influence sur la formation, cette fois-ci permanente des intervenants ce qui impactera sur la qualité de la PEC et partant de l'état général du malade.

2.2. Attitude des membres des comités thérapeutiques et qualité de la PEC des PVVIH.

La valeur du Khi-carré calculée selon le tableau ci-dessous est de 7,100 pour un ddl égal à 1. Selon Fisher, le ddl de 1 correspond à un Khi-carré lu de 3,841. Le Khi-carré calculé est supérieur au Khi-carré lu. Par conséquent, il existe une corrélation entre les deux variables. L'attitude a une influence sur l'amélioration de l'état général des patients.

Test du khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)	Signification approximée
Khi-deux de Pearson	7,100 ^a	1	,752			
Correction pour la continuité	,010	1	,919			
Rapport de vraisemblance	,099	1	,753			/
Test exact de Fisher				,832	,454	
Association linéaire par linéaire	,099	1	,753			
Nombre d'observations valides	200					
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	,522		/			,752

Le coefficient de contingence permettant de mesurer le degré d'influence de l'attitude sur l'amélioration de l'état général du patient est au-dessus de la moyenne soit 0,522. Par conséquent, il existe une forte influence entre les deux variables. L'attitude adoptée dans la prise en charge et plus précisément celle liée à la confidentialité exerce une forte influence sur l'amélioration de l'état général des patients.

Cet état de choses pourrait s'expliquer par le fait que le respect de la confidentialité au cours de la prise en charge qui est d'ailleurs une prescription dans la prise en charge médicale de ce type de patient à la psychologie fragile permet de mettre les patients en confiance réduisant ainsi la susceptibilité du patient aux problèmes psychosociaux divers en rapport avec la stigmatisation dont ils sont souvent victimes et qui les affectent malheureusement. Cette analyse pose donc un réel problème du comportement des membres des comités thérapeutiques qu'il faut analyser sous un autre angle, à savoir la qualité de l'accueil. Fort de cela, la variable relative à l'attitude des membres des comités thérapeutiques constitue un élément central de la prise en charge du patient.

2.3.Pratique des membres des comités thérapeutiques et qualité de la PEC des PVVIH.

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que la valeur du Khi-carré calculé est de 3,936 pour 1ddl. Selon Fisher, le ddl de 1 correspond à un Khi-carré lu de 3,841. La comparaison donne un Khi-carré calculé supérieur au Khi-carré lu. Il existe par conséquent un lien corrélationnel entre les deux variables. La pratique de la profession a une influence sur l'amélioration de l'état général des patients.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Significatio n asymptotiq ue (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Significa- tion exacte (unilatérale)	Significa- tion approximé e
Khi-deux de Pearson	3,936 ^a	1	,562			
Correction pour la continuité	,155	1	,694			/
Rapport de vraisemblance	,332	1	,564			
Test exact de Fisher				,581	,344	
Association linéaire par linéaire	,334	1	,563			
Nombre d'observations valides	200					
Nominal par Nominal Coef de contingence	,041			/		,562

Le coefficient de contingence étant très proche de 0, soit 0,041, le lien entre les deux variables est très faible. Cela prouve que la pratique de la profession et plus précisément du counseling pré et post test n'a pas une forte influence sur l'amélioration de l'état général des patients.

3. Discussion

Cette sous-partie, qui est un regard critique à propos des résultats ci-dessus, est organisée autour de trois axes : la connaissance, l'attitude et la pratique de l'activité de prise en charge des patients vivant avec le VIH.

Concernant le premier relatif au niveau intellectuel ou de connaissances scientifiques des membres des comités thérapeutiques, il a été évalué à travers leur formation, la participation aux séminaires de renforcement des capacités et la possession de la documentation sur la PEC des PVVIH. Ainsi, aucun des 15 médecins enquêtés n'a reçu une formation à la PEC des PVVIH; 17 infirmiers sur 25 déclarent avoir été formés. Presque tous les assistants psychosociaux et les relais communautaires sont formés. L'absence de formation chez les médecins pourrait constituer un obstacle à une bonne qualité de la PEC des PVVIH, mais une autre possibilité de mise à niveau de ce personnel c'est la participation aux séminaires de renforcement des capacités. Tous les 15 médecins enquêtés déclarent avoir assisté à au moins un séminaire de renforcement des capacités alors que leurs collaborateurs n'y participent presque jamais. La plupart des personnes rencontrées reconnaissent la disponibilité de la documentation sur la PEC des PVVIH.

Ces résultats vont en droite ligne de ceux obtenus lors de l'analyse situationnelle des soins et PEC du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles réalisées au Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Togo en avril 2001 par C. Kamenga et al. (2001). En effet, il ressort de cette analyse que les prestataires ayant reçu une formation à propos de l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux dans tous ces pays où le contexte socioéconomique limiterait la qualité de la PEC des PVVIH. Mais ce travail avait été réalisé à un moment où la décentralisation de la PEC n'était qu'à son début. Cette faiblesse dans la formation doublée d'un déficit quantitatif en personnel ont été relevés encore lors de l'évaluation du programme camerounais d'accès aux traitements du VIH/SIDA publié dans *Regard santé* (2007). Aujourd'hui et plus d'une quinzaine d'années après son démarrage, la PEC décentralisée des PVVIH connaît encore des difficultés quantitatives et qualitatives au niveau de son personnel. Il est vrai, le contexte socioéconomique semble n'avoir pas connu de grand changement. Nous pensons que cette situation soulève les problèmes de volonté politique communs dans plusieurs pays d'Afrique; de responsabilité des pouvoirs publics et de la transparence dans la gestion des ressources destinées à la mise en œuvre des activités.

Concernant le second en rapport aux attitudes des membres des comités thérapeutiques, le présent travail s'est basé sur le respect de la confidentialité, la qualité de l'accueil et la motivation des patients à suivre leur traitement. Il ressort de cette analyse que dans l'ensemble, la confidentialité est respectée. Tous les assistants psychosociaux et les infirmiers trouvent que la confidentialité est respectée systématiquement. Cependant, 1 médecin sur 15 trouve que ce respect n'est pas systématique de même que 23 patients sur 80 soit 29%. Cela constitue un problème non négligeable, car ce sont les patients qui se sentent plus préoccupés par la stigmatisation. Ils ne se sentent pas assez en sécurité. Et d'ailleurs, ils pensent que les UPEC et CTA qui sont pour la plupart isolées des autres services des formations sanitaires constituent un facteur stigmatisant. En ce qui est de la qualité de l'accueil, 28 patients sur 80 soit 35%, déclarent qu'elle n'est pas bonne. Il en est de même pour 33% des médecins. La plupart des patients mettent en cause les ruptures fréquentes en médicaments et réactifs pour les bilans biologiques, les longues files d'attente devant les structures de PEC, l'indisponibilité et le comportement malveillant tendant vers une attitude discriminatoire défavorisant les patients moins nantis économiquement, de certains membres de l'équipe du personnel. Nous constatons que 43% des patients (34 sur 80) ne sont pas motivés pour leur suivi pour des raisons de non-respect systématique de la confidentialité, d'une qualité d'accueil pas tout à fait satisfaisante etc. Cette faible motivation a d'ailleurs été soulignée par quelques membres de l'équipe soignante. Cette étude soulève ainsi, le problème d'organisation de la PEC, la disponibilité du personnel, leur motivation et leur comportement. Des résultats similaires ont été observés lors de l'étude menée par M. Zongo (2004) sur la PEC psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin. Dans son étude, il relève que la satisfaction des patients dans les structures de PEC évaluées était estimée à 67% et assez bonne par rapport au respect de la confidentialité et à la qualité de l'accueil. Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus dans la présente étude. Cette

similitude pourrait s'expliquer par la ressemblance des deux zones d'études qui se trouvent être en Afrique au sud du Sahara avec les mêmes peuples, vivants dans les mêmes conditions socioéconomiques et aux cultures, croyances et pratiques parfois communes.

En ce qui concerne la pratique des membres des comités thérapeutiques, les aspects relatifs aux counselings pré et post test, le counseling de mise sous traitement ainsi que l'observance du traitement ont été analysés. Concernant le counseling pré et post test, il est jugé systématique par 77% des répondants. Mais 26 patients sur 80 (soit 33% des patients) estiment qu'elle n'est pas systématique. Ce point de vue est partagé par quelques membres de l'équipe soignante. Certains patients déclarent que le test de dépistage du VIH est parfois pratiqué à leur insu. Ce n'est qu'au moment du rendu du résultat qu'ils sont informés de leur statut sérologique. Et parfois, ce sont plutôt les membres de la famille qui les informent de leur séropositivité. Cela provoque un choc psychologique important. Ils se sentent déséquilibrés car n'ayant pas été préparés à gérer cette nouvelle vie avec une maladie aussi stigmatisante, chronique et aux conséquences souvent fatales. La tendance du jugement porté sur le counseling de mise sous traitement est presque la même, car 26 patients sur 80 trouvent qu'il n'est pas systématique, voire insuffisant. Ainsi, certains patients ne sont pas informés des doses de médicaments à prendre, le rythme de prise de ces médicaments, leurs effets indésirables potentiels, la fréquence des visites de suivi clinique et biologiques. Ce manque d'information ne leur permet pas de suivre avec rigueur les prescriptions médicales. Comme conséquence, le risque de non observance est élevé ; et les résultats de la présente étude confirment bel et bien cette mauvaise observance du traitement. En effet 59% des répondants, soignants comme soignés disent que les patients ne sont pas observants au traitement. Cette faiblesse dans l'observance serait une conséquence de plusieurs facteurs dont certains ont été mentionnés précédemment à savoir le non-respect systématique des counseling et de la confidentialité, la qualité de l'accueil pas toujours satisfaisante... Tous ces facteurs contribueraient à démotiver les patients. Mais la rupture fréquente en médicaments et réactifs pour le bilan biologique est indexée comme la principale cause de la non-observance. Tout en reconnaissant le frein que pose la rupture en médicaments dans la PEC des PVVIH, le personnel soignant évoque beaucoup plus la faiblesse du suivi des patients au niveau communautaire en vue de s'enquérir de leurs problèmes, faire des soins à domiciles et relancer les perdus de vue. Les relais communautaires à qui incombe cette tâche disent avoir des difficultés logistiques pour assurer ce suivi au niveau communautaire. La collaboration entre ces relais communautaires et le personnel de santé n'est pas toujours bonne et ils se plaignent du manque de motivation financière depuis près d'un semestre.

Les résultats en termes de pratique des membres des comités thérapeutiques, malgré les lacunes relevées ci-dessus, paraissent acceptables. Ce même constat a été fait lors de l'évaluation du programme camerounais d'accès au traitement du VIH/SIDA en 2009 et 2015. En effet selon cette évaluation, l'observance au traitement est meilleure dans les hôpitaux de District et Régionaux. Mais elle souligne que l'absence de soutien des patients

par des assistants psychosociaux augmente le risque d'interruption de traitement. La survenue de ruptures de stock de médicaments et la délivrance des ARV à un guichet spécifique exposent les individus au regard de tous, augmente le risque d'interruption de traitement et de mauvaise observance. Malgré la gratuité des ARV et la réduction considérable des coûts des bilans biologiques, la charge financière à supporter par les patients n'est pas aisée pour tous.

Fort de tout ce qui précède, la connaissance, l'attitude et la pratique des membres des comités thérapeutiques sont acceptables pour une bonne prise en charge des PVVIH dans la Région en dépit d'un certain nombre d'obstacles qui méritent d'être corrigés. Mais les résultats de cette enquête méritent une analyse des risques potentiels d'erreurs à travers une analyse épistémologique.

Vers une remise en question de l'efficacité des comités thérapeutiques et de la qualité de la PEC des PVVIH dans les UPEC et CTA de l'Extrême Nord Cameroun

La plus-value de cette recherche réside dans la démarche épistémologique qui se précise aux travers des éléments tels que les outils de traitement des données, les indicateurs de mesure de performance, les facteurs socioculturels de la population étudiée, les réalités de la zone d'étude et l'intervalle de temps utilisé pour réaliser ce travail.

L'opérationnalisation de cette recherche dans un autre registre méthodologique pourrait nous conduire à la collecte des données qui après analyse pourrait être différents de ce que l'étude a obtenue car les points de vue des répondants pouvant être fluctuants. Or ces points de vue sont souvent l'objet de subjectivité à cause des humeurs des individus. Par ailleurs, les indicateurs utilisés pour l'appréciation des variables pourraient ne pas être les meilleurs. En choisissant d'autres indicateurs, les résultats pourraient être différents. En ce qui concerne les outils statistiques choisis, il faut reconnaître qu'ils ne sont pas les meilleurs. Leur influence sur la qualité des résultats est possible. Quant à la démarche méthodologique, elle est inductivo-hypothético-déductive. Serait-elle la plus adaptée à cette étude? Une autre démarche pourrait infirmer ces résultats. Un autre élément à ne pas négliger dans le cadre de cette étude, c'est la possibilité d'influence du chercheur sur la qualité des données. En effet, la collecte des données a été faite par une personne neutre, n'ayant pas eu de rapport antérieur avec les structures de PEC des PVVIH de la Région. Mais pour des besoins d'accessibilité à ces structures il a été indispensable de tenir leurs responsables informés du déroulement de cette étude menée par un responsable de la structure de coordination régionale du programme de lutte contre le VIH/SIDA. Cette information pourrait avoir une influence sur la qualité des réponses des personnes enquêtées. D'autre part, les résultats obtenus pourraient être susceptibles de variation dans l'espace et dans le temps. En effet cette étude s'est déroulée à un moment où des difficultés surtout d'ordre financier auraient engendré une limitation dans la mise en œuvre de la PEC des PVVIH. Cette même étude réalisée dans un cadre où ces difficultés sont amoindries pourrait donner des résultats

différents de ceux actuels. De même si elle avait été menée sous d'autres cieux, avec par exemple une garantie permanente des médicaments et réactifs ou dans un contexte socioéconomique plus favorable, les résultats pourraient ne pas être pareils car le niveau de connaissances scientifiques, les attitudes et les pratiques des membres des comités thérapeutiques auraient alors fait l'objet d'une attention particulière et soutenue par le déblocage des financements plus importants dans l'optique d'une plus grande efficience...

Malgré ces limites, pour l'instant, les résultats de ce travail de recherche sont susceptibles d'être transposés à d'autres localités, notamment dans le reste du pays. Cela est possible d'autant plus que les structures mises en place pour la PEC des PVVIH sont une émanation de la politique nationale en matière de lutte contre le VIH. Le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2011-2015 recommande dans son axe stratégique n°2, le renforcement de l'accès aux soins et au traitement. Le résultat attendu à travers cette recommandation c'est d'obtenir une qualité de vie des PVVIH améliorée grâce à un meilleur accès à une PEC globale de qualité dans toutes les structures de santé agréées et au niveau communautaire. Les structures de la région ne sauraient délibérément en faire exception. Les textes relatifs à la création et au fonctionnement des comités thérapeutiques sont communs à l'ensemble du pays et précisent leur mission ainsi que leur composition. Ces textes s'appliquent autant à l'Extrême Nord que dans le reste du pays. Par ailleurs, le personnel impliqué dans le circuit de PEC des PVVIH relève de l'ensemble du personnel de la santé et par conséquent soumis aux mêmes principes de déontologie médicale. Enfin, en ce qui concerne les ruptures fréquentes, en médicament et autres intrants, le circuit de livraison et de dispensation des produits obéit aux mêmes règles établies par le comité national de lutte contre le VIH.

Conclusion

La pandémie du VIH/SIDA continue à faire des ravages dans nos communautés malgré d'importantes mesures prises tant au niveau international que national. A l'heure actuelle, la séroprévalence du VIH dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans se situe à 5,1% au Cameroun. Ce taux est de 1,2% dans la Région de l'Extrême Nord, zone de l'actuelle étude. Parmi les mesures prises en riposte à cette pandémie, figure la décentralisation de la PEC des PVVIH. Cette décentralisation a permis la création des structures de PEC au niveau des hôpitaux de district et des hôpitaux régionaux. Les médicaments y sont dispensés gratuitement et les coûts des examens biologiques relativement bas. Ces mesures prises visent à faciliter l'accès aux soins et au traitement. Mais la mise en œuvre de la décentralisation de la PEC est confrontée aujourd'hui à une faible rétention des patients sous traitement dans la Région de l'Extrême Nord. Cette situation est susceptible d'être à l'origine des échecs thérapeutiques et de développement de souches virales résistantes aux molécules usuelles.

BIBLIOGRAPHIE

BANDURA Albert, 1986, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

CNLS Rwanda, 2006, *Communication pour le changement de comportement en matière de VIH et SIDA*, Module de formation des formateurs.

DEKENS Sandrine, 2000, *Pour une prise en charge ethnopsychiatrique des migrants touchés par le VIH*, Diplôme d'Études Supérieures d'Université, Pratiques cliniques auprès des familles migrantes, interventions et préventions, Université Paris 8 (Saint-Denis).

DECI Edward & RYAN Richard, 1985, *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*, New York, Plenum.

EDS-MICS, 2012, *Rapport préliminaire sur la prévalence du VIH*, Institut National de la Statistique (INS) et MEASURE, DSH-ICF Cameroun International.

FISHBEIN Martin & AJZEN Icek, 1975, *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*, Reading, MA: Addison-Wesley.

FISHER Gustave-Nicholas, *Les concepts fondamentaux en psychologie sociale*, Paris, Dunod, 5^e édition.

KAMENGA Claude, SAWADOGO Youssouf, ZOUZOUA Charles & SECK Karim, 2001, *Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH-SIDA et des infections sexuellement transmissibles: Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo*, Projet SFPS, Family Health International.

OMS-OMD, 2005, *Normes de qualité des soins de l'infection à VIH: Outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité et d'accréditation des services de santé*, Rapport d'une consultation OMS sur l'accréditation des services de santé chargés des soins de l'infection à VIH 10-11, Mai 2004, Genève, Suisse.

PIAGET Jean, 1974, *Réussir et comprendre*, Paris, PUF.

Rapport, CNLCS, 2017, *Estimations et projections sur le VIH et le sida au Cameroun : Période 2010-2020*, Ministère de la Santé Publique du Cameroun.

PROCHASKA James & DICLEMENTE Carlo, 1984, *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL, Dow Jones-Irwin.

Rapport 2017, *Les estimations de la séroprévalence dans la tranche de la population de 15 à 49 ans*, Ministère de la santé au Cameroun.

Regard Sante, 2007, *La qualité de vie des personnes vivant avec le VIH-SIDA*, n°18, ORS PACA-INSERM U 379, Marseille, Paris.

SHANNON Claude & WEAVER Warren, 1949, *The Mathematical Theory of Communication*, University of Illinois Press.

SKINNER Burhus Frederic, 1938, *Behavior of Organisms*, New-York, Appleton-Century-Crofts.

ZONGO Mahamoud, 2004, *Prise en charge psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Benin*, Mémoire de maîtrise en santé publique, option santé de la reproduction, IRSP-OUIDAH, Benin.

Liste des sigles et des abréviations

ARV:	Antirétroviraux
CD4:	Lymphocytes T CD4.
CDC:	USA Centers for Disease Control and Prevention.
CNLCS	Comité National de Lutte Contre Le Sida.
CTA:	Centre de Traitement Agréé des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.
EVAL-ANRS:	Enquête D'Evaluation du programme camerounais d'accès aux traitements du VIH/SIDA financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites.
GTP:	Groupe Technique Provincial de lutte contre les IST/VIH/SIDA.
GTR-EN:	Groupe Technique Régional de lutte contre les IST/VIH/SIDA de L'Extrême Nord.
ISO:	Organisation Internationale de la Normalisation.
IST:	Infection sexuellement Transmissible.
MIO:	Médicaments des Infections opportunistes.
MSP:	Ministère de la Santé Publique.
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé.
ONUSIDA:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.
PDV:	Perdu De Vue.
PEC:	prise En Charge.
PTME:	Prévention de la Transmission du virus de l'immunodéficience humaine
	de la Mère à l'enfant.
PVVIH:	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.
SIDA :	Syndrome de l'immunodéficience acquise.
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences.
UPEC:	Unité de Prise en Charge des personnes vivant avec le virus de L'immunodéficience humaine.
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humaine.